Arbeitshypothesen zur Täterarbeit [1]

Dr. Ulrich Kobbé

These 1: Strafe <u>allein</u> greift zu kurz

Strafe <u>allein</u>
€ wird dem gesetzlichen Resozialisierungsauftrag nicht gerecht;
€ hilft nicht, Rückfälle nach einer Haftstrafe zu vermeiden;
€ kann Täterpersonen ausserhalb der Strafverfolgung nicht erreichen;
€ bietet keine Anlaufstelle für Personen, die befürchten, eine Sexualstraftat zu begehen;
€ hat keine Antwort auf die Problematik jugendlicher Täter, die selbst Opfer sind;
€ versagt somit auf weiten Strecken in der Prävention sexueller Gewalt.

These 2: Täterarbeit ist Opferschutz

Dies beinhaltet Täterarbeit
€ als Opferschutz ohne Strafverfahren,
€ bei Behandlungsauflagen,
€ als Resozialisierung während der Haft,
€ als Rückfallprävention nach Entlassung,
€ als täterorientierte Prävention,
€ als Behandlung der Ursachen.

These 3: Delinquenz ist keine Krankheit

Verbrechen mag – wie der Strafrechtsreformer von Liszt sich 1905 ausdrückte – eine "sozialpathologische Erscheinung" sein,
€ sodass delinquentes Verhalten generell zwar Zeichen einer metaphorisch als «krank» zu bezeichnenden Gesellschaft sein kann,
€ jedoch kein Symptom einer irgendwie zu behandelnden «sozialen Krankheit» ist,
€ sondern als sozial abweichendes, andere schädigendes Verhalten kriminell.
€ Das bedeutet auch, dass das A-Soziale im Namen der Norm oder Normalität nicht auf etwas Pathologisches zu reduzieren ist,
€ dies aber versucht wird, indem mit der pauschalen Behandlungsauflage für Rechtsbrecher neue Therapienotwendigkeiten konstruiert werden

These 4: <u>Den</u> Sexualstraftäter gibt es nicht

<u>Den</u> Triebtäter, <u>den</u> Sexualstraftäter gibt es nicht, sondern nur Individuen, die
€ auf dem Hintergrund persönlicher Lebenserfahrungen und Sozialisationsprozesse,
€ ggf. auch aufgrund unterschiedlicher Störungs- und/oder Krankheitsanteile,
€ bei höchst individuellen Anlässen und Motivlagen (z. B. geplant - ungeplant),
€ ebenso verschiedene hetero-, homo-, pädosexuelle Straftaten,
€ mit ungleichen Gewaltanteilen und
€ äusserst unterschiedlichem Erleben der Opfer

---

[1] EKFuL-Fortbildungsveranstaltung „*Sexualstraftäter - Wer sind sie? Was treibt sie? Wie werden Grenzen gesetzt?".* Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin, 10.12.1999.

begangen haben.

Dies alles jedoch wird in seiner Pauschalisierung und Dramatisierung zum Teil mehr verharmlost denn tatsächlich jeweils neu aktualisiert, sprich, eine Tat wird wie die andere.

These 5: Der «Trieb» treibt anders als gedacht

Die Etikettierung als *«Trieb»*täter
- € folgt einem äußerst naiven, biologistisch-mechanistischen Hydraulik- und Staudamm-Modell der Sexualität
- € mit einer angenommenen Kausalität und Abfolge von sogenannter Trieb*«stärke»*, Trieb*«druck»*, Trieb*«stau»* und schließlich Trieb*«durchbruch»*,
- € einem Modell also, das die komplexen Beziehungen von Trieb und Sexualität schlicht ignoriert und
- € damit *«Trieb»* nicht mehr als psychologische Bedingung (Freud) sondern als deterministisch-biologische Kausalität auffasst,
- € obwohl es in der Sexualität - und damit gerade in der devianten Sexualität und mehr noch in der Sexualisierung aggressiver Beziehungen - auch um Angstabwehr, Konfliktbewältigung und Wunscherfüllung geht, und
- € obwohl es in der Mehrzahl der sog. Sexualstraftaten nicht um sexuelle Lust oder Befriedigung geht, sondern um Machtausübung, um Demütigung und Erniedrigung mit den Mitteln der Sexualität.

These 6: Es gibt Unterschiede, die Unterschiede machen.

Nicht jede pädosexuelle Handlung, nicht jedes pädosexuelle Delikt
- € ist Symptom einer Pädophilie im klinischen Sinne,
- € denn auch psychosexuelle Reifungsstörungen können im Einzelfall das Begehen von Missbrauchshandlungen bedingen, ohne dass eine pädophile Sexualausrichtung vorliegt,
- € und auch Lebenskrisen sind u.U. auslösende Momente für pädosexuelle Handlungen.
- € Darüber hinaus gibt es pädokriminelle Handlungen, die ausschließlich auf kommerzielle Ausbeutung ausgerichtet sind, mithin ausschließlich kriminellen Charakter haben.

These 7: Täterarbeit muss Vereinfachungen entgegenwirken, muss differenzieren

Das bedeutet: Symptomatisch ähnliche, ursächlich jedoch verschiedene und somit unterschiedlich zu therapierende delinquente Problemverhaltensweisen – und analoges gilt für andere Störungen bzw. strafbare Handlungen – sind zu unterscheiden in:
- € eine <u>Verhaltens- oder Handlungsebene</u>, die klinisch beschreibbar ist und zum Beispiel charakteristische Tätereigenschaften des Aufsuchens oder Herstellens einer kriminogenen Situation, des Suchverhalten im Tatvorfeld usw. beinhaltet;
- € einen <u>interpersonellen Beziehungsaspekt</u> bezogen auf die Wahl der Interaktionspartner – sprich, Opfer – und auf die sexuelle Praktik bzw. aggressivierte Beziehungsgestaltung;
- € eine <u>affektive Ebene</u> im Sinne von Wünschen nach Nähe, Zärtlichkeit und Befriedigung, von Impulsen der Angst, Aggression, Wut und Hass sowie deren Abwehr, von Verkennungen und Illusionsbildungen, von sexuellen bzw. sexualaggressiven Phantasien und Vorstellungen;
- € eine <u>gedankliche Ebene</u> der Bewertung der eigenen Person und Handlungsweisen, anderer Personen, aber auch der Einsicht, der Auseinandersetzung mit sozialen Regeln, verinnerlichten Normen usw.;

€ eine körperlich-psychophysiologische Ebene der Triebe, der Impulse, der Spannung und Erregung sowie deren Regulation und Kontrolle;
€ ggf. eine klinisch-diagnostische Klassifizierungsebene mit Diagnosen des Exhibitionismus, des Voyeurismus, des Sadomasochismus, des Fetischismus, des Transvestismus, der Pädophilie, der Nekrophilie usw.;
€ eine Ebene sozialer Beurteilung des Verhaltens oder der Handlung als Abweichung von einer sozialen Norm, als öffentliches Ärgernis, als Straftat;
€ eine Ebene individueller Sinnhaftigkeit im Kontext der Biographie und vor dem Hintergrund eventueller Störung / Krankheit.

These 8: Differenzierung hindert den Elan

Das pauschal-emotionalisierende Schlagwort vom *«Kinderschänder»* verstellt den Blick auf das Individuum
€ indem die Reduktion des Rechtsbrechers auf (s)ein Delikt nicht nur ein Stigma kreiert,
€ sondern auch einen Prototyp schafft, dem identische Verhaltensweisen, Gefühle, Gedanken und Motive zugeschrieben werden.
€ Dabei fungiert dieser *«Kinderschänder»* nicht mehr nur als Typus, sondern auch als Projektion auf ein - anonymes - kollektives Phantasieobjekt und damit als eine Art Anti-Selbst oder erstarrte Negatividentität der Öffentlichkeit.

These 9: Das Schlagwort vom *«Kinderschänder»* verstellt uns den Blick

Die zuvor skizzierten Thesen verdeutlichen,
€ dass es den Sexualstraftäter oder den Kinderschänder ebenso wenig gibt wie den Dieb oder den Mörder,
€ dass die öffentliche - zum Teil plakativ verallgemeinernde und unzulässig vereinfachende - Diskussion unter Behandlungs- und Präventionsgesichtspunkten in die Irre führt,
€ dass die Vorstellung einheitlicher Behandlungs- oder Trainingsprogramme nur für bestimmte symptomatische Verhaltensweisen zutreffen kann und
€ dass es damit ausserordentlich sorgfältiger und versierter Verhaltens-, Motiv-, Problem-, Störungs- und Bedingungsanalysen des Einzelfalls bedarf, um zu einer adäquaten Behandlung im Sinne effektiver Gewaltprävention zu kommen.

These 10: Selbst- und Fremdaggression sind -prinzipiell - austauschbar

Grundsätzlich haben Menschen in narzisstischen Krisensituationen bei aggressiver Gestimmtheit die Wahl zwischen selbst- und fremdaggressiven Reaktionsweisen auf intrapsychische und/oder interpersonelle Reize bzw. Auslöser, wobei sich im Vorfeld ggf. ein Selbsterleben mit Depression, Scham und/oder Hilflosigkeit findet. Die Reaktionsmöglichkeiten betreffen
€ akute psychosomatische Reaktion ,
€ akute fremdaggressive Durchbrüche gegen Personen und/oder Sachen,
€ akute autoaggressive Durchbrüche als suizidale Handlung.

Prinzipiell sind diese Reaktionsweisen als gleichrangige Phänomene undifferenziert gegeneinander austauschbar, doch lässt sich empirisch zeigen, dass spezifische, individuell typische Abwehr- und Bewältigungsmechanismen diesbezüglich Unterschiede bedingen und Unterscheidungen ermöglichen, indem
€ "Regression" suizidale von nicht-suizidalen Personen differenziert,
€ "Verschiebung" gewalttätige von nicht-gewalttätigen Personen trennt,
€ "Verdrängung" zu innengerichteter Aggression (€ verschobene Fremdaggression) führt,

€ "Projektion" und "Leugnung" hingegen außengerichtete Aggression (mit)bedingen.

These 11: Aggressionshandlungen haben oft mit Verlustängsten zu tun

Angst vor dem phantasierten oder realen Verlust des anderen ("Objektverlust") entsteht
€ wenn sich das Objekt real entfernt bzw. dies subjektiv so empfunden,
€ wenn das Objekt nicht ausreichend beherrschbar ist,
€ wenn das Objekt selbst zu aktiv / zu verführend wird und hieraus die Gefahr der symbiotischen Vereinnahmung entsteht,
€ wenn das Objekt i. S. den eigenen unrealistischen Idealforderungen nicht mehr/permanent entspricht,
€ wenn in der aktuellen Situation narzisstische Traumatisierungserfahrungen (z.B. frühe Verluste, Missbrauchs- oder andere Gewalterfahrungen) wiederholt werden.

Dementsprechend ist aggressives Agieren bzw. Reagieren von der Kompetenz der Persönlichkeit ("Ich-Stärke") zum Konfliktmanagement abhängig. Die Qualität dieser narzisstischen Absicherung bestimmt im wesentlichen
€ das Ausmaß der Frustrationstoleranz,
€ die Fähigkeit, innere und äußere Widersprüche (Ambivalenz und Ambitendenz) zu ertragen,
€ die Flexibilität des ÜberIchs und der moralischen Wertvorstellungen,
€ die Fähigkeit zur authentischen, kontrollierten Selbstdarstellung und
€ das damit dialektisch verschränkte Vertrauen in sich selbst.

These 12: Gewaltinteraktionen sind Ausdruck fehlender Sprach- und Kommunikationsfähigkeit

Bei der Androhung von Gewalt
€ erfolgen u.U. extrem rasche Wechsel C zwischen selbst- und fremdaggressivem Drohen,
€ gibt es in der Drohung instrumentelle Vorgestalten möglicher Handlungsabläufe,
€ haben verbales Drohen und die damit verbundene Kommunikation keinerlei karthartische Wirkung,
€ ist das Drohen im kommunikativen Prozess nicht direkt bearbeitungsfähig, da lediglich die Abschaffung der frustrierenden Situation selbst eine behebende Wirkung haben kann,
€ betrifft die Gewaltanwendung gegen sich oder die Umgebung häufig Symbole des Subjekts bzw. Symbole des Beziehungsobjekts.

These 13: Nur Fachkenntnis ermöglicht (erlaubt?) verantwortliche Behandlungen

Fachkenntnis sowie Differenzierungsfähigkeit und -bereitschaft sind Grundvoraussetzungen der Arbeit mit (Sexualstraf-)Tätern. So sind neben deliktspezifischem Bedingungswissen u.a. im Bereich klinischer Beurteilung weitergehende Fachkenntnisse erforderlich. So sind bspw.Intensität und Verlauf der Perversionen zu unterscheiden in:
€ einen einmalig oder sporadisch agierten perversen Impuls, der an einen aktuellen Konflikt gebunden ist,
€ eine perverse Reaktionen als wiederkehrendes - "habituelles“ - Konfliktlösungsmuster in Krisensituationen,
€ eine ausgebaute 'echte‘ Perversion mit kontinuierlichem Verlauf und ohne Bezug auf eine Krise oder aktuelle Destabilisierung, die als sogenannte "Plombe im Ich“ mit stabilisierender Wirkung fungiert, d. h., dem Ausfüllen eines Entwicklungsdefizits der Persönlichkeit dient,

€ eine progrediente Entwicklungs- und Verlaufsformen der Perversion mit zunehmender Dranghaftigkeit, abnehmender Befriedigung, häufigerer Frequenz, Wegfall von Schlüsselreizen oder Auslösern sowie zunehmender sozialer Einengung.

These 14: Vor die Behandlung habe die Götter die Diagnose gestellt

Wie in den Thesen zuvor skizziert, bedarf es einer diagnostischen Bewertung des - sexualdevianten und/oder sexualdelinquenten - Problemverhaltens, um der Fiktion zu entkommen, es handle sich bei den sog. Sexualstraftätern um Personen mit einer sexuellen (Funktions-)Störung und einer Indikation zu sexualtherapeutischer Behandlung.

Dem gegenüber sind die Symptombedeutung und die Grundproblematik des sexualdelinquenten Symptoms herauszuarbeiten. Hierbei finden sich im wesentlichen 4 Störungsaspekte der Persönlichkeit, die sich vorzugsweise im perversen Symptom ausdrücken und in ihm kompensatorisch aufgefangen und ausgeglichen werden:
€ eine Männlichkeitsproblematik bzw. Störungen der männlichen Identität,
€ eine Aggressionsproblematik,
€ auf der narzisstischen Ebene eine Störung des Selbsterlebens und
€ eine Beziehungsproblematik.

Theoretischer formuliert ergibt sich, dass die Dramaturgie des perversen Symptoms unter drei Aspekten zu betrachten ist:
€ dem Triebaspekt (männliche Identität und Aggression),
€ dem Aspekt der Objektbeziehungen (Beziehungsproblematik) und
€ dem narzisstischen Aspekt (Selbsterleben).

Die Beziehung zwischen Symptombedeutung und Grundproblematik stellen Schorsch et al. (1990, S. 49) wie folgt dar:

Tabelle Beziehung zwischen Symptombedeutung und Grundproblematik

Ausdrucksgehalt des perversen Symptoms	*Zugrundeliegende Problematik*
Demonstration von Männlichkeit	Männliche Identität
Ausweichen vor Genitalität	Männliche Identität
Wut und Haß	Aggression
Oppositioneller Ausbruch	Aggression
Omnipotenz	Aggression; Narzißtischer Aspekt (Selbsterleben)
Ausfüllen innerer Leere	Narzißtischer Aspekt (Selbsterleben); Beziehungsfähigkeit
Identifikatorische Wunscherfüllung	Beziehungsfähigkeit

These 15: Vor die Behandlung habe die Götter aber auch die Prognose gestellt

Über die Diagnose hinaus fordert Behandlung auch eine gefährlichkeitsprognostische Beurteilung anhand folgender struktureller Kriterien:
€ Ich-Nähe der Konflikte i. S. konflikt- und angstfreier ("ich-syntoner") Integration der Konflikte ins Selbstkonzept versus konflikthaft-angstbesetzter ("ich-dystoner") Verarbeitung dieser Impulse als Abspaltung ggf. überkontrolliert beherrschter, durchbrechender Impulse bzw. Abwehr einer bedrohlichen Scham-Schuld-Dynamik;

- Ausmass, in dem Interaktion, Sexualität und Aggressionsverhalten durch eine Deviation bestimmt sind, z. B. hinsichtlich der Unterscheidung von perversem Impuls, habitueller perverser Reaktion, ausgebauter Perversion, progredienter Verlaufsform (vgl. These 9);
- Art und Fähigkeit aktueller / früherer Interaktions- und Beziehungsgestaltung, z. B. Fähigkeit zum Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungskonstanz, z.B. Beziehungsformen symmetrischer, komplementärer, reziproker, einseitiger, narzisstischer, sadomasochistischer, distanzierter, manipulativer, sich unterwerfender, abhängiger usw. Art, z. B. Dominanz-Unterwerfungs-Dynamik bzw. -Dialektik;
- Intensität der - sexuellen - Deviation (Progredienz, Ritualisierung, "Süchtigkeit");
- Abhängigkeit der Delinquenz von Lebens- und Persönlichkeitskrisen;
- Objektbezogenheit der Affekte, Impulse und Phantasien im Vorfeld der Tat, während der Straftat, im aktuellen Behandlungszeitraum, was bspw. auch die Empathiefähigkeit und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel beinhaltet.

These 16: Ambulante Täterarbeit bedarf bestimmter Voraussetzungen und Verbindlichkeiten

Eingangsvoraussetzung ambulanter Therapie sind u. a.:
- Ausschluss von missbräuchlichem Suchtmittelkonsum und anderem süchtigem Verhalten,
- Möglichkeit sprachlicher Verständigung i. S. hinreichender Beherrschung der deutschen Sprache,
- Ausschluss psychotischer Episoden,
- Einverständnis zu Informationen über die Taten (Urteil, ggf. Akteneinsicht),
- Arbeitsgrundlage in Form eines - anfangs oft teilweisen / banalisierenden - Eingeständnisses der Tat.

Für die Behandlung empfiehlt sich ein Vertrag
- mit Verpflichtungen zur Teilnahme, zur Gewaltfreiheit,
- mit Konsequenzen bei erneuten Gewalthandlungen, bei unentschuldigtem Fehlen usw.,
- mit Beschreibung von einerseits Verschwiegenheit, andererseits Informationsmöglichkeiten und -verpflichtungen gegenüber Dritten,
- mit Regelungen bzgl. der Einbeziehung von Angehörigen oder anderen Betroffenen,
- mit Formulierungen allgemeiner Behandlungsziele.

Ergänzend kann bspw. eine Übereinkunft zu gewaltfreiem Handeln getroffen werden, in der Formen von Gewalt explizit benannt werden.

These 17: Eine spezifische Behandlung sog. Sexualstraftäter gibt es nicht

Eine fundierte Behandlung der Täter hat zum Ziel:
- eine Förderung der Selbstwahrnehmungskompetenz
- eine Entfaltung des Phantasiespielraums = Verbesserung antizipatorischer Kompetenz
- eine Erweiterung des Handlungsspielraums = Erwerb sozialer Handlungskompetenz

Behandlungstechnisch geht es dabei darum,
- ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen,
- um Entwicklungsprozesse anzustoßen,
- um affektiv und kognitiv wirksame Behandlungssequenzen zu ermöglichen, sprich:
- einerseits einen Nachreifungsprozess,
- andererseits einen Transfer von Einsicht, Werten und Wissen auf die Verhaltens- und Handlungsebene zu bewirken,
- sozial akzeptierte Verhaltensrepertoires zu entwickeln.

These 18: *"Harm reduction"*, Schadensbegrenzung, ist das primäre Behandlungsziel

"Harm reduction", Schadensbegrenzung, ist zwar eine wichtige und vielleicht die wichtigste Zielsetzung,
doch wir müssen unseren Klienten oder Patienten mehr zu bieten haben, als sie nur zu (be-)lehren, wie sie sich zu benehmen haben.
€ Verhaltens- und Handlungsautonomie als Grundlage für regelhaft-straffreies Alltagsverhalten geht über eine reine Anpassung an soziale und juristische Normen, an die gesellschaftlichen Gegebenheiten, weit hinaus,
€ auch wenn sich Täterbehandlung vom Auftrag her primär auf die Reduzierung bzw. Änderung deliktrelevanter Persönlichkeitsanteile, Einstellungsweisen, Denk- und Handlungsmuster richtet.

These 19: Behandlung darf Täter nicht als Funktionsobjekte der Gesellschaft begreifen

€ Multimodale Behandlung zielt nicht auf eine Therapie der Delinquenz ab, sondern auf eine Behandlung der ursächlichen bio-psycho-sozialen Bedingungen des Problemverhaltens,
€ d. h. auf mehr als rein oder primär kontrollorientierte Konzepte ("*No cure but control*") der Kombination von Strafangst und Übernahme ich-fremder Normen,
€ da dies die Verinnerlichung dieser Normen, mithin auch Autonomieentwicklung, verhindert, weil stattdessen eine gleichzeitige Externalisierung, sprich: Delegation dieser ich-fremden Ideale, Regeln, Ver- und Gebote an gesellschaftliche Repräsentanten (Bewährungshelfer, gesetzliche Betreuer usw.) erfolgt.
€ Im Sinne der Entwicklung von Selbstwirksamkeitskompetenz (sozialpsychologisch: "*locus of control of reinforcement*") beinhaltet eine ressourcenorientierten Therapie Ziele der Entwicklung von Ich-Autonomie, von Verantwortungsübernahme und von interner Kontrolle.
€ Denn Die Fixierung auf Verhaltensvorgaben und -kontrollen schafft eine Tendenz bzw. Gefahr, den Rechtsbrecher "zu einem reinen Funktionsobjekt der Gesellschaft [zu] degradieren und ihm damit den Weg zur eigenen Selbstfindung und Selbstverantwortlichkeit als Voraussetzung aller wirklichen Resozialisierung [zu] versperren" (Korff).

These 20: Täterarbeit muss indikationsbezogen und lebenslageorientiert sein

Täterarbeit ist mitnichten auf klinische Behandlung oder Psychotherapie zu verkürzen, sondern beinhaltet in vielen Fällen
€ Formen von Beratungsarbeit,
€ allgemeine psychologische Behandlung,
€ ggf. spezifische sozialtherapeutische Ansätze,
€ ggf. pädagogische / heilpädagogische Behandlung,
€ nur selten sexualtherapeutische Interventionen.

These 21: Täterarbeit darf weder ideologisch noch «schulen»abhängig sein

Es bedarf eines integrativen Ansatzes, der ein psychodynamisches Verstehen der Abwehr- und Bewältigungsmechanismen sowie des zwischenmenschlichen Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens ebenso ermöglicht wie eine mehrdimensionale und differenzierte Verhaltens- und Problemanalyse.

Hieraus ergeben sich im Einzelfall äusserst unterschiedliche und sich gerade deshalb ergänzende Behandlungsstrategien

€ der Motivationsarbeit und der Herstellung sowie Aufrechterhaltung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses;
€ speziell adaptierter psychoanalytischer Methoden bzw. tiefenpsychologisch fundierter Behandlungsformen u. a. zur Durcharbeitung von Traumatisierungen, Fixierungen und Phantasien, zur Bearbeitung von Schamaffekten und Schuldgefühlen, zur Deliktverarbeitung usw.;
€ verhaltenstherapeutischer Strategien, bspw. zur verbesserten Selbstwahrnehmung von innerer Anspannung, Erregung und Impulshaftigkeit, weiter zum Erwerb sogenannter "social skills" i. S. von kognitiven Bewältigungs- und Stressreduktionstrainings usf.;
€ andere therapeutischer Maßnahmen, u. a. Trainings der sozialen Kompetenz, Übungen zum Perspektivenwechsel und zur Rollenübernahme sowie eine Bearbeitung der Rollenverständnisse von Männern und Frauen;
€ konfrontativerer Behandlungsmethoden zur Bearbeitung geleugneter devianter Anteile, zur Thematisierung von Banalisierungen, Wahrnehmungsverzerrungen;
€ körperorientierte Behandlungsansätze und kreative Methoden, um Patienten nicht nur verbal zu erreichen, sondern Gefühlsblockaden durch Übungen auch direkter zu bearbeiten, Emotionen konkret erlebbar und damit anders ansprechbar zu machen.

These 22: Täterbehandlung bedeutet mittel- bis langfristige Beziehungsarbeit

Interpersonell bedarf es insbesondere bei Tätern mit Beziehungsstörungen einer reflektierten Aufgabe
persönlicher Neutralität und Abstinenz des Behandlers zugunsten der Zur-Verfügung-Stellung eines konturierten, authentischen Anderen,
€ um dem Patienten korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und
€ Orientierung, tragenden inneren wie äußeren Halt und schützende wie begrenzende Struktur anzubieten bzw. zu garantieren.

Dabei geht es um die Beziehungsarbeit mit - u. U. schwer beziehungsgestörten - Personen,
€ die nicht nur in ihren Beziehungen zu anderen, sondern auch der Beziehung zu sich selbst - übrigens auch zum eigenen Körper - fundamental gestört sind, und
€ die weder ein sicheres Gefühl für den Gegenüber noch ein verlässliches Gefühl für sich haben können.

These 23: Täterarbeit braucht Zeit und Freiheit von Erfolgsdruck

Das heisst auch, dass Behandler von Täterpersonen in ihrem Selbstverständnis nicht auf kurz- oder mittelfristige Erfolge angewiesen sein dürfen:
€ Sie müssen weitgehend gegen eine zu große Ungeduld eigenen therapeutischen oder erzieherischen «Ehrgeizes» gefeit sein;
€ dagegen, reaktiv Behandlungsfortschritte induzieren zu wollen oder den Patienten manipulativ primär unter dem Gesichtspunkt seiner Veränderbarkeit zu betrachten.
€ Aber sie dürfen auch nicht von außen unter unrealistischen Erfolgsdruck gesetzt werden.

These 24: Deliktbearbeitung ist keine Bedingung als *«conditio sine qua non»*

Deliktbearbeitung als Behandlungsinhalt
€ wird einerseits den Therapeuten von ausserhalb als Erwartung 'aufgegeben' mit der Intention, die Tat ins Zentrum der Behandlung zu rücken;
€ andererseits neigen gerade sehr gestörte Täter aufgrund eines inneren Drucks dazu, das Delikt relativ zu Anfang der Behandlung zu thematisieren, um sich so zu entlasten.

Deliktbearbeitung als Teil von Behandlung hat zum Ziel,
€ zu einem Zugang zu den eigenen devianten Anteile zu kommen,
€ zu einer Verarbeitung und Veränderung dieser oft abgespaltenen - d. h. sonst als ich-fremd erlebten, mithin unvertrauten bis gefürchteten - Affektivität,
€ zu einer Korrektur bisheriger Fremd- und Selbstwahrnehmungsverzerrungen,
€ aber auch zu einem Verstehen der Tat.

Allerdings: Deliktbearbeitung ist keineswegs in jedem Fall Bedingung für zukünftige Deliktfreiheit.

These 25: Täterarbeit beinhaltet spezifische Zeitaspekte

Gerade am Beispiel der Deliktbearbeitung stellt sich die Frage nach dem 'richtigen' Zeitpunkt. Denn ist der Klient / Patient emotional noch nicht hinreichend stabil, beinhaltet die Arbeit am Deliktgeschehen eine Beziehungsfalle:
€ Ein zu frühes Aufgreifen und Vertiefen der Thematik aktiviert insb. bei gestörten Tätern Angst und Aggressionen als Form der Angstabwehr, sodass
€ sie in defensiv-störrische Positionen bis panikartig-offensives Reagieren geraten und
€ das bisherige Arbeitsbündnis in Frage gestellt ist.

Insofern bedarf es des Erkennens des spezifischen 'Zeitfensters',
€ in dem der Täter sowohl psychisch hinreichend konfrontationsfähig als auch motivational hinlänglich konfrontationsbereit ist, um sich dieser Aufgabe und Anstrengung zu unterziehen,
€ da sonst die bei den meisten Patienten hinter Passivität, Depressivität oder Aggressivität verborgene Scham-Schuld-Dynamik, die hinter Rückzug, Feindseligkeit oder Rechthaberei verborgene Angst reaktiviert wird
€ anstelle der im Vorfeld und während der Tat erlebten Affekte, der sozusagen leibhaftigen - und nicht nur intellektuellen - Konfrontation und Auseinandersetzung des Täters mit diesen aggressiven Affekten, seinen gewalttätigen bis mörderischen Impulsen.

These 26: Täterarbeit ist unspektakulär

Eigentlich, müsste man sagen, ist Täterarbeit als solche höchst unspektakulär: Sie ist Arbeit quasi 'Fall-für-Fall' und insofern sehr individuell. Beratung, Behandlung und Psychotherapie als solche sind, könnte man formulieren, zunächst lediglich spezifische Kommunikationsprozesse im Dialog.

Spektakulär ist Täterarbeit lediglich in den Augen der Öffentlichkeit und der Medien, da
€ aufgrund der Vermischung von *"sex and crime"*, von Gewalt und Sexualität, mit ihr eine Angstlust, ein *"thrill"*, verbunden werden und
€ die daran gebundenen Projektionen den Tätertherapeuten als heimlichen - vielleicht gar lustvollen - Komplizen des Perversen phantasieren lassen.

These 27: Täterarbeit erfordert Sachlichkeit statt Mediengeilheit

Täterarbeit fußt auf der Reflektiertheit und Unabhängigkeit der Behandler. Dies bedeutet,
€ dass jede spektakelhafte Mediendiskussion therapeutisch kontraproduktiv ist,
€ dass Behandler vor Einflussnahmen durch Politik und Öffentlichkeit geschützt werden müssen,
€ dass Tätertherapeuten ihrerseits aber auch differenzierter - und verständlicher - über ihre Beratungs- und Behandlungsarbeit Auskunft geben sollten.

These 28: Der Erfolg von Täterbehandlung ist nicht messbar

Wenn zuvor Täterbehandlung als Opferschutz charakterisiert wurde, stellt sich die Öffentlichkeit die Frage nach der (wissenschaftlichen) Überprüfbarkeit des Erfolgs von Behandlungsmaßnahmen: Gerade hier jedoch sind Vorsicht und Bescheidenheit geboten,

€ da Behandlung als spezifischer und individueller Kommunikationsprozess zwar qualitativer Prozessforschung zugänglich ist,
€ sie sich jedoch der Wissenschaftsfiktion empirisch-quantifizierender Prognose- und Ergebnisforschung weitgehend entzieht und insofern
€ sich nur indirekt anhand von Statistiken schlussfolgern lässt, welches Ergebnis die Behandlung von Tätern haben kann.

These 29 Täterbehandlung ist kein 'Allheilmittel'

Gewaltbereitschaft und - sexuelle - Delinquenz können auch durch Behandlung nicht aus der Welt verbannt werden und Therapie kann auch nicht allen Rückfällen vorbeugen.

Das heisst zugleich aber auch, Therapieerfolge nicht nur an Rückfallprozenten zu messen.

These 30: Den "nicht behandelbaren" Täter gibt es nicht

Denn die Zuschreibung von "Therapieunfähigkeit"

€ ist Resultat eines einseitig-idealistischen Heilungsanspruchs;
€ reinszeniert den Mythos der Unheilbarkeit psychischer Krankheit;
€ dient der Disqualifizierung einzelner, therapeutisch nicht oder nur bedingt erreichbarer Patienten, um diese einer gesellschaftlich noch weiter randwärts gelegenen Institution zuzuschieben;
€ betrachtet Menschen strategisch - ausschliesslich oder primär - unter Gesichtspunkten der Veränderung bzw. Veränderbarkeit;
€ ignoriert den Prozesscharakter des Lebens.

These 31: Behandlung von Täterpersonen bedarf einer Ethik

Gerade weil "die Zyklen der Kriminalpolitik einmal mehr den Strafgedanken, ein anderes mal stärker den Behandlungsgedanken in den Vordergrund" (Rasch) schieben,

€ müssen Medizin und Psychologie speziell im Spannungsfeld von Freiwilligkeit versus Zwang aus sich selbst heraus Anhaltspunkte und Orientierungen finden,
€ müssen sie ihre Grenzen definieren und begreifen,
€ dürfen sie nur fachlichen und ethischen Standards verpflichtet sein bzw. bleiben,
€ wenn sie sich denn allen ausgrenzenden, erzieherischen oder 'Behandlungserfolg‘ erzwingenden Absichten - d. h. sozialen Normierungen oder aktuellen Ideologien - entziehen
€ und ihre eigene Berechtigung zur Behandlung bewahren wollen.

Kontaktadresse:
Dr. U. Kobbé • Postfach 30 01 25 • 59543 Lippstadt
ulrich@kobbe.de